Algies pelviennes de la femme

ß hCG – Échographie – Cœlioscopie

« Tte dl pelvienne est pour la femme une dl génitale. C'est au médecin de se souvenir que le pelvis contient d'autres organes »

Démarche clinique

- **INTERROGATOIRE**
  - **Caractères de la douleur** : Aigue ou chronique, type, intensité, siège, irradiations, circonstance d'apparition, profil évolutif (permanente ou paroxystique), périodicité par rapport aux règles : concomittente ou intermenstruelle ou prémenstruelle
  - **Circonstances déclenchantes** : fatigue, rapports sexuels (dyspareunie), apparition à la suite d'un accouchement, d'un curetage, d'une chir génératrice d'adhérences (appendicectomie compliquée, kystectomie...)
  - SA urinaire, digestif ou mammaire ou signes infectieux, troubles du cycle menstruel
  - **Date des dernières règles** +++
  - **Atcd et FDR** (dt gyneco-obstétrique : accouchement dystocique, salpingites, …)
  - **Thérapeutique(s) déjà envisagée(s)**
  - **Profil psychologique de la patiente** : contexte affectif, couple, désir de maternité…

- **EXAMEN CLINIQUE**
  - **Abdominal :** cicatrice, orifice herniaire, statique générale, météorisme, sensibilité, signe d'irritation péritonéale, cordes coliques
  - **Gynécologique**
    - **Inspection**
      - **Vulve** : trophicité, prolapsus, cicatrice
      - **Périnée** : trophicité, ulcération, lésions inflammatoires cutanées
      - **Anus** : condylomes, fissure anale
    - **Spéculum** : Aspect du col, frottis cervico vaginal systématique, recherche **chlamydia** et **mycoplasme**
    - **Toucher vaginal puis rectal**
  - **Général : pouls, tension, température…**
    - **Urinaire** : douleur à la pression ou à l'ébranlement des fosses lombaires, contact lombaire, BU
    - **Rhumatologique** : pts douloureux à la pression de la symphyse pubienne ou de la colonne vertébrale, Lasègue...

Orientation diagnostique devant des algies pelviennes aiguës

- **BILAN PARACLINIQUE**
  - **Utile en urgence**
    - **NFS, VS**
    - **ß hCG** si retard de règles
    - **Echographie pelvienne** si anomalies à l'examen clinique
  - **Autre**
    - **Hystérosalpingographie et/ou l'hystéroscopie**
      - En cas de **ménométrorragies**, devant un **gros utérus**, **dysménorrhée secondaire** (recherche de fibrome, d'adénomyose, de tuberculose génitale, de synéchie ou de sténose du col)
      - Après avoir **éliminé formellement une grossesse**.
    - **Coelioscopie**
      - Discutée selon les données de l'examen clinique et des examens complémentaires effectués : pelvi-algies chroniques de cause indéterminée, persistant depuis **plus de 6 mois**, dont l'origine extra-génitale a été éliminée
      - **Intérêt diagnostique, pronostique** (bilan lésionnel) et parfois **thérapeutique**, intérêt avant chir
      - Doit être **évitée** dans les pelvi-algies d'origine psychologique

- **DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

GYNECOLOGIQUE	NON GYNECOLOGIQUE
▪ **GEU**[Q] : 1^{ière} cause à éliminer ▪ **Menace de fausse couche spontanée** ▪ **Salpingite aiguë**[Q] ▪ **Torsion de kyste** de l'ovaire /de l'annexe ▪ **Torsion d'un fibrome utérin** ou sa nécrobiose aseptique (surtt pdt grossesse) ▪ **Sd intermenstruel**	▪ **Appendicite aiguë**[Q] ▪ **Sigmoïdite** ▪ **Occlusion** ▪ **Etranglement herniaire** ▪ **Infection urinaire** ▪ **Colique néphrétique**

- **CONTEXTE INFECTIEUX** (=> Q 16 leucorrhées et Q 152 salpingite aiguë)
  - **Cervico-vaginite**
    - **Rarement douloureuse**, en cas de douleurs toujours rechercher une cause haute. Parfois douleurs bas situées souvent associées à une dyspareunie et/ou des leucorrhées pathologiques.
    - **Signes cliniques variables selon germe** :
      - **Candida** : Prurit, leucorrhées blanches caillebotées, muqueuse inflammatoire
      - **Trichomonas** : Leucorrhées verdâtres, spumeuses
      - **Gardnerella** : Leucorrhées grises avec une odeur caractéristique et désagréable (**sniff test**)
      - **Herpès** : Vésicules en bouquet, muqueuse inflammatoire
    - **ECBU systématique**
    - **K col** doit être recherché en présence d'une cervico-vaginite de façon systématique : biopsie au moindre doute
  - **Infection haute associée**
    - **Tjs rechercher infection haute associée** (salpingite ou annexite) : **Chlamydiæ** (40-60 %), **gonocoque** (10-15 %)
    - Tableau typique : Dl pelvienne **: paroxystique** sur fd continu, le + svt **bilat** à irradiation **postérieure**, augmentée à l'effort/rapport sexuel et calmée au repos, associée à des **métrorragies**[Q] (endométrite), des **leucorrhées patho**[Q], une fièvre modérée (**38,5°C**)
    - **Rechercher contexte favorisant** : nouveau partenaire, partenaires multiples pouvant présenter signes d'urétrite
    - Pas obligatoirement de parallélisme entre clinique, biologie et explo échographique ou chirurgicale
    - **Traitement** : Antibiothérapie adaptée précédée d'une cœlioscopie si doute diagnostique + ttt du partenaire
    - Parfois tableau clinique d'emblée de **pelvipéritonite** (pyosalpinx, abcès du Douglas, péritonite secondaire par diffusion ou rupture d'un abcès pelvien) : hospitalisation + surveillance évolution sous traitement

- **CONTEXTE HEMORRAGIQUE**
  - **Grossesse extra-utérine**[Q] **(=> Q 161)**
    - Douleur[Q] svt **unilat** à irradiation postérieure ± **MTR sépias**[D], lipothymies[D], aménorrhée
    - **FDR** : ATCD de chir tubaire[Q], salpingite[Q], GEU[Q], microprogestatifs[Q]…
    - **Examen** : Utérus augmenté de volume mais inférieur à ce que voudrait le terme théorique, cul-de-sac douloureux, empâté, douleur du Douglas (par le cul de sac posterieur) particulièrement évocatrice.
    - **Examens complémentaires : βhCG quantitatifs**[Q]
      - **Echographie endovaginale**[Q]:Vacuité endo-utérine[D], masse pelvienne suspecte, sac latéro-utérin[D], épanchement[D] ds le Douglas, pseudo-sac gestationnel[D] sans courrone hyperéchogène
    - **Traitement** : cœliochirurgical ou médical (méthotrexate), Surveillance (décroissance βhCG)
  - **Menace de fausse couche ou fausse couche en cours** (=> Q 20 Hgie du 1er T)
    - Douleur utérine à type de **contractions** + **métrorragies** ± abondantes avec caillots
    - **Examen** : col modifié, utérus augmenté de volume
    - **Echographie** : confirme le diagnostic : œuf clair, débris trophoblastiques si l'expulsion a déjà eu lieu
    - **Traitement** : variable, selon terme et contenu utérin (chirurgical ou médical)
  - **Grossesse intra-utérine évolutive avec décollement trophoblastique**
    - Douleurs semblables à des **CU** et **saignements** d'abondance variable
    - Volume utérin en rapport avec le terme, col ± fermé, ± gros ovaire porteur du corps jaune (Dc ≠tiel avec GEU)
    - **Echo** : Grossesse évolutive avec décollement trophoblastique
    - **Traitement** : **Symptomatique** uniquement (repos, antalgique, antispasmodique)
    - Pronostic de la grossesse dépend de l'importance du décollement et de son évolution

- **PRESENCE D'UNE MASSE PELVIENNE**
  - **Kyste ovarien** (=> Q 151)
    - **Torsion** (urgence chirurgicale), **complication la + fréq des kystes**
      - Dleur brutale **unilat** + **vomiss**[t], **tachycardie**, **hypoTA**, apyrexie, météorisme abdo, voire défense hypogastrique
      - Le + svt complique un **kyste dermoïde**[Q] car + lourd et pédiculé
      - **TV** : dl exquise latéro-utérine au niveau du pédicule ovarien ± percept°d'une masse pelvienne indpdte de l'utérus
      - **Echo** : Augmentation du volume, diminution du flux sanguin
    - **Rupture de kyste / hémorragie intrakystique**
      - Douleur ou défense pariétale, cul-de-sac vaginal **sensible avec présence d'une masse** ± volumineuse
      - **Rupture** : écho = épanchement intrapéritonéal, kyste affaissé par rapport à un éventuel examen antérieur
      - **Hémorragie** : écho = contenu échogène hétérogène, aspect de sédimentation avec le temps
  - **Fibrome en nécrobiose ou torsion** (=> Q 148)
    - **Dl** paroxystique + météorisme svt + T°C modérée ; utérus dlr[eux] en 1 point exquis, de consistance ferme (mou si nécrobiose), à contours irréguliers. **Echographie :** image arrondie, hypoéchogène ou hétérogène si nécrobiose
    - **Traitement** : Antalgiques, AINS, chirurgie dans un 2[ième] temps en cas d'inefficacité

Orientation diagnostique devant des algies pelviennes chroniques

- **LA DOULEUR EST D'ORIGINE GYNECOLOGIQUE**
  - **Douleurs rythmées par les règles**
    - **Dysménorrhées précoces** (dès les **1iers jours** des règles) ou bien **tardives** (après **2 ou 3 jours**, ± persiste après)
      - **Dysménorrhées primaires** (dès les 1ières menstruations)
        - **Dysménorrhées spasmodiques**

          Non organique (hypothèses : anomalie de la contractibilité du myomètre, ischémie relative pendant les contractions, facteur hormonal…)

          Surtt ado (- fréq après 25 ans), de bon niveau socio-économique, stress

          Douleurs légères ± invalidantes, obligeant la patiente à rester au lit

          Traitement : selon intensité des douleurs : ***Antispasmodique, antalgique*** simple ou en cas d'échec : ***antiprostaglandine*** (AINS =Naprosyne® naproxène) et parfois prise en charge ***psychothérapeutique***
        - **Malformations utérines : hémi-vagin borgne, cornes utérines rudimentaires**

          Sang s'élimine de façon retardée => dl max le 1ier jour des règles puis s'atténuent.

          Tjs rechercher autres malformations associées (rénales…)

          Examen clinique est insuffisant pour le diagnostic => échographie, hystérosalpingographie ou cœlioscopie

          " dysménorrhée sans règle " si imperforation hyménéale : diagnostic évident clinique

      - **Dysménorrhées secondaires** (existence de menstruations normales auparavant)
        - **Endométriose externe**

          Définition : Implantation et prolifération de tissu endométrial dans les sites autres que la cavité utérine : ovaire, Douglas, ligmts utérosacrés, paroi vaginale post, tube dig, vessie, lèvre, thorax (hémoptysie) => rare …

          Histogénèse : Secondaire à des regurgitations ds la cavité péritonéale de débris d'endomètre viable à l'occasion des menstruations. Une autre hypothèse est la métaplasie des cellules péritonéales en cellules endométriales. Ces cellules sont sensibles aux stimulations hormonales.

          Terrain : Femme jeune 20-30 ans, nulli ou paucipare

          Clinique :

> 1ier mode de révélation : **Sd algique avec les 5 « D »** :

- **D**ysménorrhée secondaire tardive (exacerbée en fin de règles) avec **D**ouleur pelvienne chronique à type de « traction pénible » vers le bas surtt qd la patiente s'assied
- **D**yspareunie profonde parfois très invalidante
- **D**éfécation et **D**ysurie douloureuses prédominant en période menstruelle (+ rarement)

> 2ième mode : découverte au stade asymptomatique au cours d'un **bilan de stérilité**

A l'examen clinique (pdt les règles) : le + svt normal

- Reproduit la douleur
- Signes objectifs st rares : rétroversion utérine fixée, nodules ds le cul de sac vaginal post bleus de la taille d'un grain de riz, arrondis, exquisement douloureux, ovaire augmenté de volume, sensible, ± fixé, possible endométriose cervicale (« goutte de gelée de groseille sur le col »)

Examen paraclinique

- Hystérosalpingographie (non utile au diagnostic) : visualise des signes indirects secondaires à des adhérences péritonéales modifiant les rapports anatomiques (« utérus en parasol rétroversé », « angulation de l'isthme en baïonnette ») et se différenciant des infections chroniques par la persistance d'une perméabilité tubaire (sf si bourgeon ds une trompe => stérilité tubaire)
- Echo : affirme caractère liquidien avec fin écho intrakystique évocateur du diagnostic
- Cœlioscopie indispensable : Exploration cavité péritonéale à la recherche de nodules bleutés indurées, hématiques, enchassées ds le tissu péritonéal de taille variable (j-> endométriome) avec possibles adhérences extensives, vasculaires. Atteinte ovarienne avec kyste bénin ovarien endométroïde

Traitement

- **Hormonal** : but => **atrophie de l'endomètre.** Il ne sera réalisé **qu'après coelioscopie** avec réduction du nbre et du volume des lésions par laser et microchirurgie ± kystectomie + adhésiolyse +++
  - Progestatif macrodosé en continu pdt 9 mois en moy (Lutenyl®, Orgametril®) avec aménorrhée
  - Antigonadotrope et inhibition synthèse des stéroides (Danazol-Danatrol®): pseudo ménopause avec ES marquées : Acnée, hirsutisme, prise de poids limitant sa prescript° malgré sa gde efficacité.
  - Agoniste de la LH-RH (Decapaptyl®) très efficace avec vraie ménopause réversible avec ses effets secondaires (Q 154). Récidive svt à l'arrêt ds un délai de 1 an. C'est le ttt de choix à l'heure actuelle.
- **Ttt chirurgical** par hysterectomie avec annexectomie peut être réalise en cas d'échec de toute tttiq en absence de désir de grossesse (> 40 ans svt)
- **En cas de stérilité svt tubaire**, désobstruction par voie endoscopique (50% de grossesse à 1 an)

Evolution sans ttt : **chronique, amélioré par grossesse, disparaît avec la ménopause.**

- **Adénomyose**
  Définition : Invasion du myomètre par des foyers de muqueuse endométriale.
  Terrain : Femme 40-50 ans[Q] multipares avec atcd de curage endo-utérin, d'endométropathie, svt fibromyomatose associée
  Clinique : Dysménorrhée secondaire intense svt associée à des méno[Q]métrorragies (Q 015) faite de sang noirâtre en faible quantité => association évocatrice
  A l'examen : Gros utérus fibreux symétrique, nodulaire et sensible avec cul de sac libre
  Hystérosalpingographie :
  - Signes directs (diverticules pénétrant ds le myomètre = image d'addition)
  - Signes indirects (Ectasie localisée d'une corne, rigidité segmentaire du fond utérin, corne angulée dite en tuba erecta)

  Eliminer les hyperplasies muqueuses et les polypes intracavitaires : échographie et hystéroscopie (ms peuvent être responsables par eux-mêmes des douleurs) avec ***biopsie***
  Traitement : Tjs le ttt médical en 1ière intention, parfois endometrectomie et svt en ttt final l'hystérectomie qui enlevera un fibrome utérin fréquemment associé.

- **Modifications anatomiques acquises** :
  Ex : Synéchies après curetage, sténoses du col après électrocoagulation
  Clinique : Dysménorrhées si rétention partielle de sang menstruel avec élimination retardée.
  Diagnostic : Echographie (**EVAC** : échographie avec accentuation de contraste) ou hystéroscopie (synéchies), et exploration du col à la bougie pour les sténoses
  Ttt: Hystéroscopie et exploration du col permettent également un traitement efficace en cas de lésions récentes

- **Syndrome intermenstruel**
  - En général, s'intègre ds un SOPK, patientes en général neurotoniques, vivant une situation conflictuelle
  - **Douleurs** en milieu de cycle lors de l'ovulation, ± per- ou prémenstruelles
  - **Irrégularité menstruelle** avec cycles longs ± stérilité, hirsutisme rare
  - Rechercher ATCD d'annexite (=> adhérences pelviennes altérant le fonctionnement des ovaires, mise en évidence par cœlioscopie)
  - **Examen** : Volume ovaires variable selon le cycle (nettement augmenté avt les règles, normal après les règles)
  - **Traitement** : blocage de l'activité ovarienne

Douleurs indépendantes des menstruations

- **Séquelles d'infection** (salpingite subaiguë ou chronique, tuberculose génitale) *Q 152 salpingite aiguë*
  - **Clinique**
    - Dl sourde, continue, ± permanente avec paroxysme, non modifiée par les règles, de siège hypogastriq médian
    - Dyspareunie profonde (par sclérose inflammatoire ± rétroversion fixée)
    - Dysovulation et stérilité
  - **Examen clinique peu contributif** : Parfois glaire louche, cervivite, une douglassite, une paramétrite avec mobilisation douloureuse utérine, empâtement des culs de sac post ou latéraux
  - **Sérodiagnostic** : Chlamydiae et Mycoplasme
  - **Cœlioscopie** : Adhérences, hydrosalpinx (non douloureux), épanchement du Douglas, perte du rapport tubo-ovarien, aspect kystique ovarien par adhérence péri-ovarienne à l'origine de dysfonctionnement, Sd de Fitz-Hugh-Curtis (Chlamydiae)
  - **Confirmé par examen histo des prélèvements tubaires** : inflammation chronique d'origine immuno-allergique pouvant évoluer même après éradication bactérienne → destruction cellulaire et transformation scléro-fibrineuse définitive
  - **Médical** : AINS, antalgique, oestroprogestatif et **chirurgical** : Adhésiolyse percoelioscopique, chir tubaire avec néosalpingostomie en cas de désir de grossesse. Au max hysterectomie avec annexectomie
  - Traitement très difficile (**Aide des cures thermales et acupuncture** +++)

- **Troubles de la statique pelvienne**
  - **Terrain :** ATCD d'accouchement dystocique, révision de la cavité utérine, delivrance artificielle
  - **Clinique**
    - Dl permanente de type mécanique aggravée à l'effort (marche, position debout prolongée, rapport sexuel, fin de journée), basse médiane ou posterieure avec impression de pesanteur, de corps étranger ± irradiation à la face interne des cuisses. Calmé par le décubitus ventral.
    - Dyspareunie profonde balistique ± signes urinaires ou digestifs si compression
  - **Examen clinique** : recherche malposition utérine, prolapsus (effort de poussée), apprecier la mobilité cervico-utérine, douleur au point d'insertion lgmtaire, tonicité des releveurs de l'anus.

- **Epreuve tttiq** : Test au Pessaire + (disparition dl si prolapsus) ; Infiltration à la xylocaïne si suspicion lésion des utérosacrés.
- **Coelioscopie : examen clé** : visualise la position de l'utérus et les structures de soutien, recherche désinsertion ligamentaire (**Sd de Masters et Allen** : **rupture** du **feuillet postérieur du ligament large**) svt associée à une **varicocèle pelvienne**.
- **Les syndromes**
  - **Rétroversion utérine** : soit mobile, soit fixée (réductible sous AG = limité par Dl ou irréductible si secondaire à une infection chronique ou endométriose)
  - **Latérodéviation :** Soit par adhérence responsable d'une rétraction d'un paramètre, soit par déchirure d'un paramètre
  - **Master-Allen :** Déchirure isolée feuillet post du lgmt large + varicocèle (dilatation des V.paramétriales lombo-ovariennes) mise en évidence par hystérophlébographie
  - **Prolapsus :** Svt pesanteur pelvienne, en cas de réelle dl au 1ier plan : rechercher lésion associée

- **Douleurs révélant une tumeur pelvienne**
  - Cancer pelvien, fibrome ou autre masse pelvienne
  - Douleur permanente, sourde
  - Examen clinique, échographie ± autre imagerie (scanner, IRM)

- **Douleurs d'origine vasculaire veineuse pelvienne**
  - **Stase** (congestion pelvienne) : **endolorissement pelvien** diffus avec irradiation lombaire et sacrée majorée en position debout, efforts, marche, rapports ± **dyspareunie profonde** ± **dysménorrhée** ± association à poussées **hémorroïdaires**, ballonnement abdo
  - **Thromboses des pédicules lombaires** : douleurs unilat exacerbées à la respi, postpartum / postabortum, métrorragies, ± sensibilité d'un cul-de-sac
  - **Hystérophlébographie** : dilat des plexus veineux, aspect de varicocèle
  - **Ttt** : préventif (lever précoce après accouchement, décubitus ventral), cures thermales, soft laser ou diathermie, en dernier recours : hystérectomie

Dyspareunies

- **Dyspareunies superficielles**
  - **Vulvovaginites infectieuses** (étio la + fréquente) : herpès surtout, *Candida, Trichomonas, Gardnerella,* autres germes
  - **Traumatismes** obstétricaux (épisiotomie) et chirurgicaux (myorraphie postérieure, colpectomie étendue)
  - **Dermatoses** : lichen scléreux, ezcéma
  - **Malformations de l'hymen**

- **Dyspareunies de présence**
  - **Atrophies** surtout (ménopause, syndrome sec)
  - Cervico-vaginites, inflammations chroniques du col

- **Dyspareunies profondes**
  - **Infection génitale haute ou ses séquelles**
  - **Rétroversions utérines** idiopathiques ou secondaires à une endométriose
  - **Lésion du col** : déchirure ou endocervicite
  - **Syndrome de Masters et Allen**

- **Vaginisme**
  - Contracture-réflexe des muscles du périnée secondaire à la douleur
  - le plus svt d'origine psychologique (conflit avec le partenaire)

NON GYNECOLOGIQUE : DIGESTIVE, URINAIRE OU OSTEOARTICULAIRE

Digestive

- sigmoïdite (femme d'âge moyen, notion de constipation, de rectorragie, d'épisodes identiques, symptomatologie d'appendicite chronique à gauche)
- appendicite pelvienne[Q] ou rétrocæcale
- troubles fonctionnels intestinaux : ballonnement abdominal, constipation, profil psy particulier (stress)

Urinaire

- Signes fonctionnels urinaire haute ou basse (brûlures, pollakiurie, douleurs lombaires) ou d'une lithiase (douleur de type colique néphrétique, antécédents personnels ou familiaux de lithiase
- BU et ECBU au moindre doute de même que l'échographie rénale

Ostéo-articulaire : lombo-sacralgies à irradiation abdominale…

- **PSYCHOLOGIQUE / PSYCHIATRIQUE OU PSYCHOSOMATIQUE**
  - **Causes psychiatriques :** conversion hystérique, dépression

  - **Algies essentielles**
    - Aucune cause retrouvée : Dc d'éliminat°, origine psychosomatique (désarroi psychique méconnu dans son express° verbale ms se manifestant par le corps), rechercher évnts : chômage, décès, conflit conjugal, affectif…
    - Ecouter la patiente, instauration d'une relation de confiance, consultation personnalisée
    - Savoir demander un avis spécialisé

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat 98, PolyGynéco MTP, Impact Internat, Dossier Estem, MediFac